

Ciudadanas de leche: Una primera línea del Estado social chileno, 1954-2019

Jael Goldsmith Weil*

RESUMEN

Este artículo traza la trayectoria del Estado chileno a través de los programas de salud materno-infantil, específicamente el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) que contempla un programa de salud preventiva y la entrega de leche. El análisis revela cambios y continuidades en los modos de crear y ejercer ciudadanía y en la naturaleza del Estado a nivel central y barrial. Concretamente, el PNAC sirve de prisma para reflejar fluctuaciones en los equilibrios entre los ejes público-privado, procesos de desmercantilización y mercantilización y modelos imperantes de género. A pesar de dos cambios radicales en el régimen político, económico y de provisión de servicios sociales del país, la examinación de la primera línea del Estado social en materia de salud materno- infantil demuestra más continuidad que cambio a través del tiempo. Metodológicamente, se construye una narrativa del Estado que entreteje visiones macro –recopiladas a través de datos y archivos gubernamentales, entrevistas a autoridades políticas y sanitarias– con micronarrativas resultantes de dos años de trabajo de campo intensivo en consultorios de salud, incluyendo voces de usuarias y de los mismos proveedores de estos servicios. Este segundo eje permite analizar también las cambios cualitativos y tensiones sobre el rol del consultorio como primera línea estatal, entre un centro comunitario que vincula ciudadanía y un órgano repartidor de beneficios. El trabajo constituye un aporte en dos niveles: empírico, al relevar un programa que si bien fue clave en la transición demográfica y nutricional del país, ha sido poco analizado en los estudios politológicos sobre el modelo de provisión social chileno; y teórico, al introducir elementos importantes de continuidad que aportan para explicar la capacidad estatal chilena en materia de salud materno-infantil.

PALABRAS CLAVE: Programas de leche, salud pública, regímenes de bienestar, análisis histórico-comparado.

* PhD. Doctora en Ciencia Política. Profesora asociada, Centro de Estudios del Desarrollo Regional y Políticas Públicas Ceder, Universidad de los Lagos.

Agradecimientos: Se agradece el financiamiento del proyecto Conicyt-Fondecyt Iniciación N° 11180717, la edición, apoyo y aportes de Isabel Castillo PhD y las sugerencias de evaluadores anónimos de la revista *Economía y Política*.

✉ jael.goldsmith@ulagos.cl

Recibido septiembre 2019 / Aceptado diciembre 2019

Disponible en: www.economiaypolitica.cl

Infant-maternal Health and Milk Programs: At the Front Line of the Chilean Social State for Women 1954-2019

ABSTRACT

This article traces the trajectory of the Chilean state through its infant-maternal health programs. In particular, it focuses on the Programa Nacional de Alimentación Complementaria/ National Program of Supplemental Foodstuff (PNAC) which combines a comprehensive preventative health program with milk distribution. The analysis reveals changes and continuities in modes of building and exercising citizenship as well as the state at the central and neighborhood level. In concrete terms, the PNAC serves as a prism to reflect fluctuations in the public-private balance, processes of commodification and decommodification and the gender regime. In spite of two radical changes in the political, economic and welfare regimes during this period, the examination of the front-line of the social state in terms of infant-maternal services reveals more continuity than change. The engaged methodology constructs a narrative of state that weaves macro visions of the state –collected in government archives and databases, interviews with political and health authorities– with micro-narratives collected through two years of intensive in-site research at Santiago health clinics. This second approach permits a qualitative analysis of the changes and negotiations over the correct role of health clinics as a first line of the social state; these oscillate between the idea of a community center that links citizens to the state and an agency that limits itself to distribute benefits. The contributions are both empirical, revealing a program that while key in both the demographic and nutritional transitions has been under-analyzed in accounts of the Chilean social state; and theoretical, highlighting mechanisms of continuity that help state capacity in terms of infant-maternal healthcare in Chile.

Key Words: Milk Programs, Public Health, Welfare Regimes, Comparative Historical Analysis.

Introducción

Entre la década de 1950 y fines de 2010, los regímenes políticos, económicos y de bienestar en Chile cambiaron radicalmente: desde una democracia modernizante con progresiva expansión de sufragio a un régimen autoritario, y de regreso a elecciones democráticas; desde un foco interno en la substitución de importaciones (ISI) a una preocupación por las exportaciones en el mercado global; desde un Estado con una lenta y gradual expansión de derechos sociales a uno de lógica minimalista y neoliberal, y luego a otro tensionado entre preocupaciones por mantener la eficiencia y la extensión de derechos. Estos cambios han alterado de manera profunda el contenido de la ciudadanía en Chile. Contrario a las predicciones teóricas, algunos indicadores agregados de

bienestar no reflejan estas disrupciones. Si en 1925 la mortandad infantil era 237,5 cada 1.000 nacidos vivos, al año 2000 esta tasa había bajado a 7,7, es decir menos de un 1%. Igualmente, en los años cincuenta la desnutrición infantil era uno de los problemas centrales de salud pública en Chile, con un 80% de las camas pediátricas en hospitales siendo ocupadas por niñas y niños menores de dos años con severa desnutrición (Mönckeberg B. 2003). Los índices de desnutrición han disminuido desde un 37% en 1960 a un 2,9% en 2000 (Rojas Flores 2010: 731). Estos datos dan cuenta de un mejoramiento continuo y sugieren que los ciudadanos siguieron obteniendo servicios básicos de salud, incluso en períodos de recortes, recesión y represión.

Esta mejora gradual y persistente de los indicadores de salud materno-infantil cuestiona los factores explicativos planteados por las teorías dominantes no solo de las transformaciones demográficas y nutricionales experimentadas por Chile, sino también de las de América Latina en un plano más general. A diferencia de la evolución lineal de derechos civiles, políticos y sociales propuesta por T. H. Marshall (1965), la trayectoria de los derechos sociales de América Latina no ha sido ni ordenada ni progresiva y estos han estado en constante flujo, en ocasiones siendo otorgados por gobiernos autoritarios y suspendidos en períodos democráticos (Jelin y Hershberg 1996).

Mientras que las transiciones democráticas de los ochenta y noventa incluyeron la expansión de derechos políticos y el impulso hacia la adopción de modelos estatales gerenciales, también implicó una contracción de los derechos y protección social en la mayoría de los países (Klein y Vidal Luna 2017). Las políticas de ajuste estructural fueron adoptadas y adaptadas en diferentes grados según el país, produciendo modelos de previsión social público-privadas. A pesar de que durante los años noventa el gasto social aumentó, en términos de resultados de política pública la mayoría del gasto social se enmarcaba esencialmente en una lógica de mercado en que la responsabilidad del Estado como proveedor de bienestar quedaba subordinada a su rol de protector de condiciones justas en el mercado. Este esquema se basó en una conceptualización de la pobreza y altos niveles de desigualdad como derivados de fallas temporales de mercado, con lo que la acción del Estado en materia social se entiende como correctivo temporal.

Desde el año 2000, América Latina ha sido testigo de la elección de líderes que tuvieron un rol central en las luchas democratizadoras, incluyendo un exlíder sindical, un indígena y tres mujeres (una de ellas madre soltera), todos anunciando nuevas formas de hacer política, ciudadanía y expansión de derechos sociales. Esta transición electoral ha sido acompañada por un giro contrario a las ideologías neoliberales de contracción estatal y aumento del gasto social (Huber y Stephens 2012, Pribble 2011, Weyland, Hunter y Madrid 2010), seguida por una ola de presidentes de derecha cuya elección tampoco puede ser decodificada como un simple giro neoliberal con recorte de gasto social (Perelmiter y Macalle 2019).

Este artículo utiliza la red primaria de salud materno-infantil como un prisma para dar cuenta de la trayectoria del Estado social en Chile, a lo largo de tres combinaciones de regímenes políticos, económicos y de provisión social. En particular, se analiza el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), creado en 1954, que constituyó la primera experiencia de una transferencia condicionada. Este programa, que perdura con sus características centrales hasta la actualidad, estableció la entrega universal de leche para niños y embarazadas que se mantengan al día con un plan de controles preventivos de salud. Al analizar este programa, que por lo general no ha sido relevado por la literatura sobre regímenes de bienestar, el artículo hace una importante contribución empírica y da cuenta de cómo ha predominado la continuidad en los aspectos formales del programa (diseño, criterios de elegibilidad, lugares de atención, productos entregados y prestaciones de salud incluidas) a pesar de múltiples intentos por reformarlo. Además, el análisis revela dos aspectos centrales del Estado social chileno: un movimiento pendular entre expansión de lo público (desmercantilización) y la relevancia de lo privado (mercantilización), y relaciones de género que son parte de un modelo –binario, heterosexual y basado en roles tradicionales– que es a la vez recogido y reproducido por las políticas sociales.

El artículo se basa en una labor empírica que incluyó dos años de trabajo de campo intensivo, entrevistas a actores claves, recopilación de archivos gubernamentales y más de 75 entrevistas. Se realizó una investigación de campo intensiva en dos consultorios en Santiago

donde se hicieron observaciones, entrevistas a personal de consultorios y entrevistas grupales e intergeneracionales con usuarias del programa PNAC. Esta información fue comparada con entrevistas con representantes de consultorios en otras comunas y regiones. Se realizaron entrevistas a autoridades políticas, sanitarias, a expertas y expertos jubilados y activos. Las entrevistas fueron de respuesta abierta y pauta semiestructurada y la información recopilada se trianguló con la recopilación de documentos y estadísticas gubernamentales, revisión de prensa en las coyunturas críticas identificadas y revisión bibliográfica¹.

El artículo se organiza de la siguiente manera: la próxima sección presenta brevemente el estado de la literatura sobre regímenes de bienestar y las implicancias de estos para los regímenes de género imperantes, haciendo hincapié en las constelaciones de relaciones entre Estado, mercado y sociedad. Las siguientes cuatro secciones presentan los hallazgos empíricos organizados según régimen político, económico y de bienestar, construyendo una narrativa del Estado que entreteje visiones macro –recopiladas a través de datos y archivos gubernamentales, entrevistas a autoridades políticas y sanitarias– con micronarrativas resultantes que incluyen voces de usuarias de estos servicios y de proveedores de los mismos. El artículo concluye con reflexiones acerca de las potencialidades y desafíos de la red primaria de salud pública en la coyuntura actual.

Estado de la cuestión

En 1944, Polanyi ofreció una reinterpretación del liberalismo temprano planteando que el desarrollo histórico sigue un patrón de movimiento y contramovimiento entre el mercado desregulado y esfuerzos de protegerse del mismo (Polanyi 1944). Este planteamiento de movimiento pendular ayuda a entender también la historia de la provisión social en Latinoamérica en los siglos XX y XXI, cuyas políticas oscilan entre un mayor énfasis en la dependencia de la familia, lógicas y

¹ Para mayor información sobre métodos de investigación, permisos, acceso a pautas de entrevista u otras consultas, pueden escribir directamente a la autora. El acceso a los consultorios contó con permiso de las autoridades locales y las entrevistas fueron realizadas con consentimiento informado. Exceptuando el caso de exautoridades y políticos, quienes fueron debidamente informados al respecto, se utilizan pseudónimos, para proteger la identidad de funcionarias de consultorio y familias de usuarias.

oferta de mercado y políticas estatales. Estos distintos arreglos para la provisión social tienen también diferentes implicancias en la distribución de roles y oportunidades para mujeres y hombres.

La literatura sobre Estados de bienestar ha evidenciado una importante evolución en las últimas cuatro décadas. De manera general, esta literatura se caracteriza por una serie de teorías que definen los niveles de provisión social como variable dependiente y explican variaciones enfocándose en la política, la economía u orientaciones teóricas (ideas) acerca de bienestar, o una combinación de estas como variables explicativas. El gasto y diseño de programas han recibido particular atención, conformando lo que Pierson (2000) y Amenta (1993, 2003) concuerdan es un programa de investigación exitoso con avances significativos tanto en lo empírico como en la construcción y evaluación de teorías.

La primera ola de estudios sobre Estados de bienestar utilizaba gasto social como porcentaje del PIB para medir niveles de bienestar. Estos estudios no especificaban el tipo de ciudadanía cubierta –trabajadores del sector público, clases medias, trabajadores formales, pobres urbanos, hombres y/o mujeres– ni la calidad o extensión de la cobertura. En una segunda etapa, el innovador trabajo de Esping-Andersen (1990) abrió la caja negra del gasto creando una tipología de Estados avanzados de bienestar, diferenciándolos y evaluándolos en términos del grado de desmercantilización de sus individuos –la libertad respecto a las exigencias y fluctuaciones del mercado–. A partir del trabajo de Esping-Andersen, diversos enfoques teóricos han construido explicaciones causales multivariadas, examinando el rol de los movimientos obreros, los partidos políticos y las instituciones burocráticas en la creación y forma de los regímenes de bienestar (Hicks 1999, Hicks y Kenworthy 2003, Hicks, Misra y Ng 1995, Huber y Stephens 2001, Iversen 2001, Lister 2002, Lynch 2006, Pierson 1994, 2001). La literatura sobre variedades de capitalismo igualmente ha contribuido al debate incorporando un foco en los empleadores y las complementariedades entre empresas y los grandes Estados de bienestar en lo que se denomina economías de mercado coordinadas (Estévez-Abe, Iversen y Soskice 2001, Hicks y Kenworthy 2003). Desde estudios feministas se han estimulado reinterpretaciones del Estado de bienestar

no sólo como resultado de ciertos arreglos sociales contruidos sobre desigualdades de género, sino también como un actor que promueve estos mismos arreglos (Fraser 1997, Orloff 1993, 1996).

La evolución del estudio de políticas sociales en países periféricos parece seguir una trayectoria similar a los países centrales. El giro a la izquierda en América Latina ha generado creciente interés en las políticas sociales y esta agenda –aunque no concluyente respecto a si los cambios implicarán transformaciones duraderas en la distribución de responsabilidad entre Estados, familias y mercado en la provisión social– ha sido extremadamente productiva. Los estudios han incluido tipologías regionales (Martínez Franzoni 2008, Pribble 2013); estudios de N-mediano que buscan explicar la variación interregional (Haggard y Kaufman 2008, Huber y Stephens 2001, Mesa-Lago 2001); en períodos autoritarios (Castiglioni 2005, Falletti 2010, Klein y Vidal Luna 2017) y democráticos (Mesa-Lago 2001) con foco en los efectos de regímenes y partidos políticos (Huber y Stephens 2012, Pribble 2013); la identificación y exploración de trayectorias y arquitecturas de casos no centrales, exitosos en la provisión de bienestar para sus ciudadanos mientras enfrentan las presiones de la globalización (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea 2016, Sandbrook *et al.* 2006); las olas de difusión de políticas entre y desde países no centrales (Mesa-Lago 2008, Osorio Gonnet 2018, Weyland 2004). También han proliferado estudios de caso que reexaminan los orígenes de sistemas de seguridad social presentando sistematizaciones y sus resultados durante gobiernos y sectores determinados². Una agenda emergente examina los gobiernos de derecha, dando cuenta de resultados preliminares que desestabilizan teorías dominantes y muestran expansión de políticas sociales durante estos gobiernos (Castiglioni 2019, Niedzwiecki y Pribble 2017, Perelmiter y Macalle 2019).

Existe igualmente un cuerpo creciente de literatura sobre regímenes de bienestar para mujeres. Las discusiones respecto de las políticas de bienestar para mujeres y madres en Chile se han centrado en si las

² Para los orígenes del Estado social chileno, véanse Arellano (1985), Rengifo (2017), Rengifo, Ruz y Mascareño (2018). Estos últimos ocupan tecnologías de datos contemporáneos para el análisis de escolarización temprana. Para un análisis de políticas sociales bajo presidencias de la Concertación, véanse Borzutzky (2002), Borzutzky y Weeks (2010), Castiglioni (2006), Gideon (2012), Mesa-Lago (2008), Riesco (2005).

políticas sociales refuerzan roles tradicionales o si contienen potencial para promover equidad. Concluyen que a la vez que estas políticas están enraizadas en concepciones tradicionales pueden tener consecuencias que aporten a crear condiciones para el empoderamiento de las mujeres (Dannreuther y Gideon 2008, Gideon 2012, Martínez Franzoni y Voorend 2012, Pieper Mooney 2009, Pribble 2006, Staab 2012). Aquellas arquitecturas de bienestar que ligán servicios para niñas y niños con madres han sido catalogadas como “maternalistas” y las estructuras maternalistas varían entre sí en términos de si están explícitamente inscritas en políticas públicas (Glass y Fodor 2007) así como en su magnitud (Blofield y Franzoni 2015). Esta literatura coincide en catalogar a Chile como un caso extremo de maternalismo (Ramm y Gideon 2019). Si bien esto tiene efectos históricos positivos para la sobrevivencia de mujeres (Zárate Campos 2019), potencialmente coarta las posibilidades de equidad entre hombres y mujeres (Staab 2012). Estas discusiones, sin embargo, no han puesto atención en la larga trayectoria de los programas de salud materno-infantil y nutrición en los que se centra este artículo.

A pesar de los avances, los enfoques dominantes no pueden dar cuenta de las variaciones en provisión social que se observan en terreno. En el caso de Chile, estos estudios agrupan programas de capitalización individual y arreglos solidarios, sin distinguir entre servicios que están garantizados como derechos sociales de aquellos que están disponibles a través de programas estatales temporales y/o en el mercado con precios asequibles. Además, por lo general no hacen foco en la implementación o en cómo los servicios son prestados: como derechos, como servicios pagados a valor de mercado o como servicios obtenidos de manera paralela a la legalidad. La relación entre proveedores y destinatarios –que pueden ser antagónicas o basadas en metas o idearios comunes– son ignoradas; la entrega de servicios con dignidad o con actitudes despectivas no es analizada por la literatura sobre regímenes de bienestar. Finalmente, el foco en los programas resultantes de presidencias y coaliciones específicas conlleva una visión potencialmente miope que enfatiza el cambio, la disrupción e innovación y, por lo tanto, nubla las prácticas y legados de políticas que persisten a lo largo de regímenes y gobiernos.

A modo de síntesis, este artículo contribuye a la literatura sobre regímenes de bienestar triangulando redes de instituciones formales e informales, prácticas y modos de provisión social para tejer una narrativa más holística, tanto desde el momento de la implementación como en el diseño. Su foco en el largo plazo incorpora una perspectiva histórica que enfatiza la continuidad de políticas estatales a pesar de interrupciones en régimen, diferenciándose en este sentido de la literatura dominante. Por otra parte, inspirándose en la literatura sobre género en las políticas sociales, el artículo extiende algunas de sus ideas centrales a las políticas de salud materno-infantil, área que ha estado ausente de estos trabajos. Finalmente, el artículo da cuenta de que la provisión de bienestar refleja un péndulo entre la expansión de lo público y su contraparte en el mercado, aunque no necesariamente ordenado ni siguiendo las predicciones de la literatura basadas en la orientación general de los distintos regímenes políticos y económicos dominantes.

Extensión de capacidad estatal a través de la leche, 1954-1970

Mann define capacidad estatal en términos de la habilidad estatal de implementar las políticas públicas enunciadas y de realizar un conjunto de funciones centrales que incluyen: mantención del orden interno, defensa militar, mantención de infraestructura y comunicaciones y redistribución económica (Mann 1984). Soifer agrega un enfoque hacia la infraestructura requerida para tareas de extracción y provisión de seguridad social (2015, 2016). El PNAC, en específico, consiste en la ejecución periódica de servicios de salud preventivos y la entrega de leche en polvo para niñas y niños menores de 6 años, sus madres y mujeres embarazadas en locales de asistencia primaria de salud sitios en barrios residenciales. Su efectiva implementación requiere de gran infraestructura estatal –creación y mantención de consultorios; infraestructura vial– para mantener cadenas de distribución a consultorios; comunicaciones –en términos de la creación y mantención de un catastro (censo) actualizado de familias y de que estas sepan de la existencia del programa; y orden interno– para que las familias puedan recurrir al consultorio; infraestructura sanitaria

—agua potable para rehidratar leches entregadas, entre otras—. Este programa cumple también con funciones redistributivas, cerrando brechas de inequidad en términos de posibilidad de sobrevivencia y estado nutricional. Consiste además en un primer puente entre mujeres madres y el Estado, y de esta forma se establece como un buen barómetro para asegurar que mujeres y hombres estén capturados en estimaciones de capacidad estatal.

La creación de un Estado social para menores ocurrió previo a la inauguración del PNAC, a través del proceso de escolarización que comenzó con la Ley de Instrucción Primaria en 1860 y se hizo universal con la obligatoriedad promulgada en 1920 (Rengifo 2012). En un primer momento, la asistencia escolar de niñas y niños provenientes de familias populares era baja (Rengifo, Ruz *et al.* 2018) y las élites interpretaban a las familias populares como obstaculizadoras de la masificación de la escolarización. A través de censos y encuestas recogidas por párrocos, se constató la falta de los recursos necesarios para enviar a integrantes familiares a la escuela y el rol esencial en la economía familiar que estos niños realizaban. De esta forma, se establece por primera vez una definición de pobreza “que compromete al Estado” y la noción de que la obligatoriedad debe venir acompañada de una asistencia para poder cumplir con esos deberes cívicos (Rengifo 2012:127-130). A partir de este punto, además de impartir educación formal y obligatoria, las escuelas públicas apoyaron a las familias con asistencia sanitaria y alimentaria ayudando a compensar de esta forma el trabajo para la subsistencia económica que realizaban menores de edad en casa (Rengifo 2012). Así, la escuela se constituyó como un “primer centro de atención médica de los niños”, construyendo una “primera red nacional del Estado que entregaba ayuda material directamente a familias” (Rengifo 2012: 161,157).

Las necesidades de las mujeres fueron dejadas al margen de la asistencia social otorgada a principios del siglo XX por las escuelas (Rengifo 2012: 166). Para bebés y menores en su primera infancia (0 a 7 años) y sus madres la extensión del Estado social comenzó recién a partir de 1954 y aumentó su cobertura en la década del sesenta. Haciendo un paralelo con la escuela, que “permitió ver a los niños como un conjunto específico y separado del resto de la población, iden-

tificando sus necesidades” (Rengifo 2012: 157), el consultorio –tanto en sus facetas de medicina reproductiva³, como proveedor de suplementos nutricionales vía PNAC–, identifica y atiende las necesidades exclusivas de madres de hijos pequeños. Este estudio se enfoca entonces en el vínculo entre el sector de salud pública, ciudadanas e infantes.

Las altas tasas de mortandad y desnutrición infantil de Chile, particularmente en la primera mitad del siglo XX –la mortandad infantil en 1920 era de 250 por 1.000 nacidos vivos (Raczynski y Oyarzo 1981: 36)–, formaron el contexto donde la entrega de leche se convirtió en una política central para el desarrollo de los futuros ciudadanos y del país. A inicios de siglo XX, el programa Gotas de Leche y los programas en el Patronato Nacional de la Infancia se constituyeron como primeras experiencias en la materia, combinando caridad con conocimiento médico (Illanes 2006: 137-9). A partir de la Ley del Seguro Obligatorio (1924), le siguieron otros esfuerzos públicos dirigidos principalmente a las familias de trabajadores formales. Rengifo analiza cómo la temprana institucionalización del sistema de seguridad social y la progresiva extensión del Estado social para trabajadores, si bien tienen un ímpetu universalista y efectivamente logran ampliar cobertura de beneficios, mantienen una segmentación según empleo e inequidades en términos de cantidad y calidad de beneficios (2017). Las exclusiones tienen un fuerte sesgo de género dado que las mujeres asalariadas formales –beneficiarias directas– eran solamente 12,6% de la fuerza laboral en 1930 (Rengifo 2017, 501-502). En 1954, con la creación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), la entrega de leche se volvió un beneficio universal de parte del Estado para niños y niñas de hasta 6 años y mujeres embarazadas, con la condicionalidad de que las familias beneficiarias se mantuviesen al día en un programa de salud preventivo. Su creación ocurrió dos años después de la instauración del Servicio Nacional de Salud (SNS), la autoridad central en la prestación de servicios de salud pública, y en ese sentido se inserta en un contexto mayor de sentar las bases de un Estado de bienestar.

El PNAC tuvo una expansión sustantiva durante el gobierno del demócratacristiano Eduardo Frei Montalva (1964-1970). Entre 1964 y

³ Véase Pieper Mooney (2009).

1968, la cantidad de leche entregada se duplicó de 10 a 20 millones de kilos anuales (Jiménez de la Jara 2009: 109). El crecimiento exponencial en la entrega de leche no se debió a cambios en las características de diseño del programa, sino al desarrollo de la capacidad infraestructural del Estado, que permitió ampliar la cobertura en sectores urbanos populares y en el ámbito rural.

Durante el gobierno demócratacristiano se implementó un enfoque de salud comunitaria, que se tradujo en la expansión de la salud pública primaria con énfasis en la prevención. Se impulsó fuertemente la creación de consultorios y se hicieron importantes esfuerzos por llegar a la población que no tenía experiencia previa directa con el Estado. Así, la leche estuvo en el centro de este enfoque comunitario, que implicó grandes desafíos infraestructurales, técnicos, de recursos y humanos. Por ejemplo, para alcanzar a la población rural cuando las carreteras eran aún inexistentes, se recurrió al uso de un helicóptero. El exsenador Mariano Ruiz-Esquide recuerda que el subdirector del SNS, Dr. Hepp, le dijo:

‘yo no tengo carreteras’, no, entonces ocupó helicóptero (...). Pero, claro, era un gasto, pero usted, él tenía una, una provincia donde no había caminos. Entonces él dijo, ‘mi cálculo es que me cuesta 100 millones hacer el helicóptero, y ahorro’, según sus estadísticas, ‘X muertes. X muertes de enfermos que no se ven, porque no alcanzan a llegar. Entonces, prefiero gastar los 100 millones’. Fue el primer atisbo eso⁴.

Durante este período, se amplió significativamente la red de consultorios. La extensión de esta red no correspondía solamente a criterios técnicos, sino a un proyecto político estatista que incorporaba elementos verticales y desde las bases. En las palabras del Dr. Hevia, “Pedro de Valdivia fundaba ciudades y nosotros consultorios... Armábamos un consultorio cuando había un temporal y después quedaba así. No se esperaba que el ministro viniese a hacer. De abajo hacia arriba”⁵. Cabe recalcar que los consultorios son centros de asistencia médica primaria, que junto con las escuelas están insertos en barrios residenciales y constituyen una primera línea del Estado. Mediante

⁴ Mariano Ruiz-Esquide. Entrevista del 20 de diciembre de 2011. Esta y todas las entrevistas fueron llevadas a cabo en Santiago o vía teleconferencia internacional.

⁵ Dr. Patricio Hevia. Entrevista del 14 de octubre de 2011.

prevención y derivaciones, los consultorios son intermediarios entre ciudadanas y servicios de salud secundaria. A la vez, recolectan y agregan información sobre el estado nutricional, sanitario y de preferencias de la población, lo cual permite que los niveles centrales del Ministerio de Salud realicen planificaciones adecuadas.

En el ámbito urbano, el modelo de salud igualmente requirió un rol activo del Estado para llegar a la población. En este contexto, el personal –principalmente femenino– de los consultorios salía en búsqueda de beneficiarios del PNAC para hacer entrega de la leche y realizar los controles de salud preventiva. Una paramédica de un consultorio de Recoleta explica que pasaban medio día en terreno y medio día en el consultorio, y que en ocasiones realizaban campañas puerta a puerta. Respecto del contenido de estas visitas, explica:

Lo principal en esa época era la ‘atención en terreno’, la educación. Nosotras salíamos hacia las casas de los usuarios e íbamos a ver desde el recién nacido, el abuelo, pero hacíamos mucha educación. Enseñábamos a hacer las mamaderas, a bañar los bebés, a mudarlos, las comidas, etc. Partíamos desde el recién nacido⁶.

Así, los programas de leche fueron un componente central en la instauración del modelo de salud comunitaria impulsado por el gobierno de Frei. Para su buen funcionamiento requerían extender infraestructura –carreteras y agua potable a lo largo del país–, además de la construcción misma de los consultorios de atención primaria. En términos de capacidad administrativa del Estado, necesitaban también ampliar y mantener sistemas de registro de la población (censo). En este sentido, el PNAC fue causa y consecuencia de la rápida expansión de la capacidad del Estado burocrático moderno en el Chile de mediados de siglo (Goldsmith 2017a).

Por otra parte, el PNAC jugó también un rol protagónico en la creación de ciudadanía. Como se mencionó, el contacto con el sistema de salud primario fue para muchos sectores femeninos de la población la primera interacción directa con el Estado. A través de las interacciones con el personal de salud, la recepción de leche, vacunas y otros componentes del programa de salud preventiva, estos servicios

⁶ Paramédica jubilada (1966-2010) en consultorio del sector norte de Santiago. Entrevista del 17 de octubre de 2011.

se convirtieron en derechos adquiridos efectivos y a estas mujeres en ciudadanas conscientes de sus derechos. Esta construcción de ciudadanía –de carácter maternalista– tendría efectos de largo plazo, como se verá abajo.

A una década de su creación, el PNAC inició su fase crítica de expansión e implementación, convirtiéndose en un componente central del Estado social chileno. El recorrido por este período da cuenta de la envergadura del programa y de los requerimientos infraestructurales necesarios para su éxito, así como también de sus efectos en materia de ciudadanía. En un contexto histórico donde tanto el Estado como la ciudadanía se encontraban en construcción, el PNAC tuvo la fuerte impronta de los modelos de desarrollo que se buscaban implementar en el país, tal como ocurrió durante el gobierno de la Unidad Popular.

El Medio Litro de Leche, 1970-1973

Para las elecciones de 1970, la idea de que los programas de leche eran esenciales para el desarrollo era tan transversal que los tres principales candidatos presidenciales los incluyeron en sus programas de gobierno. El fundador del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Dr. Fernando Mönckeberg, recuerda que su equipo se dividió entre las candidaturas para convencerlas de incluir un programa de leche:

A cada candidato le pusimos en la cabeza el concepto del grave problema de la desnutrición. Y lógico, ellos lo usaron todos, y Allende creo que lo entendió mejor, y aprovechó de ofrecer algo muy tangible y concreto, que era medio litro de leche. Y yo creo que salió elegido por eso⁷.

El pediatra y ahora presidente Salvador Allende tenía una larga trayectoria de compromiso en materia de distribución pública de leche, convencido de que otorgar leche para el consumo infantil era asegurar una generación de adultos más capaces y sanos (Gobierno de Chile 2005: 60). El Medio Litro fue anunciado en el puesto 15° de las 40 medidas de acción inmediata del Gobierno, comprometiendo

⁷ Dr. Fernando Mönckeberg. Entrevista del 17 de noviembre de 2011.

leche para todos los niños del país: “Aseguraremos medio litro de leche como ración diaria a todos los niños de Chile” (Corvalán, 2003: 297). Este componente medular de la agenda social de Allende estaba inserto en un contexto de expansión de la salud pública con foco en la creación y expansión de atención en consultorios y el cuidado materno-infantil (Corvalán 2003: 25, 297)⁸.

La implementación del programa, sin embargo, encontró problemas inesperados. Los costos excedieron más de cinco veces las estimaciones y al superar la capacidad de producción nacional, se hizo necesaria la importación. En un contexto de trastorno financiero y productivo, el fisco tenía acceso limitado a moneda extranjera con la que importar leche⁹. En cuanto a la distribución, la ambiciosa promesa de Allende requirió que funcionarias de los consultorios tuviesen que salir a recorrer las comunidades con un megáfono, explicando que todo niño tenía derecho a su leche y llamando a la gente a recogerla¹⁰.

Por otra lado, la aceptación por parte de la población fue difícil dada la politización general de la época. Algunas familias no la recibían, porque era la “leche de Allende”, o “leche para los pobres” o “comunista”¹¹. Incluso, circulaban rumores que provenía de la CIA con el fin de impedir el desarrollo de los chilenos. La politización también es mencionada por las familias entrevistadas. Por ejemplo, una residente de Recoleta, activista democratacristiana y madre durante la época, recuerda que el medio litro: “No a todo el mundo le llegaba, para qué estamos con cuestión... [Llegaba] a los ‘compañeros’”¹².

Los partidarios de Allende y los promotores del programa insisten en que no había diferenciaciones políticas o de clase en la implementación del Medio Litro. El Dr. Hevia, quien fue director de un consultorio en Recoleta y ocupó cargos en el Ministerio Nacional de Salud en la época –y en 2001 fue parte del equipo que lideró la creación de

⁸ A diferencia del gobierno de Frei, el régimen de salud de Allende no dedicó energías ni recursos considerables a la planificación familiar (Pieper Mooney 2009). A pesar de lo anterior, Allende tomó una postura progresista en materia de aborto y estos pasaron a estar disponibles en algunos hospitales públicos.

⁹ Para una discusión de los efectos de la crisis política y económica en el sector lácteo, véase Ríos-Núñez (2006).

¹⁰ Paramédica jubilada (1967-2010) en consultorio del sector norte de Santiago. Entrevista del 18 de octubre de 2011.

¹¹ Paramédica jubilada (1967-2010) en consultorio del sector norte de Santiago. Entrevista del 18 de octubre de 2011.

¹² Entrevista del 7 de noviembre de 2011.

la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud— recuerda con nostalgia haber alimentado a su hija con esa leche, a la vez que indica: “Era muy importante la integración, que los ricos y los pobres estuviesen juntos. En el quehacer, en el trabajo, nosotros no distinguíamos”¹³. Sin embargo, a pesar de las dificultades logísticas y la politización de la entrega, el compromiso del Medio Litro se mantuvo por los 1.041 días que duró la presidencia de Allende (Corvalán 2003: 31). La entrega de leche estatal durante este período constituye una ventana para comprender lo que vendría. Por una parte, para 1973, la idea de que tanto la leche de vaca como los controles de salud preventivos eran elementales al buen desarrollo infantil y era deber del Estado proveerlos estaba asentada. Por otra parte, la leche se convirtió no sólo en una transferencia material y en un derecho adquirido, sino que también asumió una importancia simbólica.

Programas de leche adquieren inmunidad a la ola neoliberal, 1973-1989

Descrito por Klein y Vidal Luna como uno de los períodos más difíciles de la historia latinoamericana, la interrupción democrática que se produce en el contexto mundial de la Guerra Fría resulta en una constelación de arreglos militares que oscilan entre aquellos liderados por una sola persona, como fue el caso chileno, y transiciones cíclicas que emulan períodos presidenciales democráticos (2017). Si bien estos regímenes comparten la característica de ser momentos de extraordinaria violencia estatal contra ciudadanas y ciudadanos, difieren también en sus agendas sociales con el caso de Chile sobresaliendo como uno de extremo neoliberalismo (Klein y Vidal Luna 2017). En los primeros años del régimen autoritario chileno, la leche estuvo al centro de las actividades artísticas y políticas, haciéndose alusión a ella de manera discreta para no ser censurado por el régimen, que tampoco podía prohibir menciones a un alimento líquido de apariencia inocua y concebido como un artículo de primera necesidad.

Un ejemplo de su utilización se observa en la acción realizada por el Colectivo Acciones de Arte (CADA) en octubre de 1979, en la

¹³ Dr. Patricio Hevia. Entrevista del 14 de octubre de 2011.

comuna de La Granja, consistente en la distribución de cien bolsas de medio litro de leche en polvo marcadas con un simple $\frac{1}{2}$ (Neustadt 2001: 25). Se les pidió a las familias de pobladoras devolver las bolsas vacías, las que fueron entregadas a artistas como soporte para la realización de diversas obras, luego expuestas en la galería Centro Imagen. Las intervenciones de CADA tuvieron resonancia más allá de los círculos artísticos y unos días después de la primera acción, militantes del Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR) robaron un camión de leche Soprole y distribuyeron la leche en la misma comuna (Rojas Flores 2010: 701). El uso de la leche como un accesorio simbólico fue emulado por eventos artísticos de solidaridad internacional en Venezuela y Canadá.

En términos de distribución de leche estatal, durante el período autoritario (1973- 1990) esta tuvo una disminución efectiva respecto a los años del gobierno de Allende, aunque no respecto del período previo (1954-1971). Es más, durante el gobierno de Pinochet eventualmente se aumentó y mejoró la cobertura del PNAC (definida como cantidad de familias usuarias sobre el universo de familias que califican como beneficiarias) y la calidad de la leche (su contenido calórico y nutricional, el envase y sabor de los productos distribuidos). Estos resultados son sorprendentes en un contexto en que el programa social del régimen militar siguió una doctrina económica neoliberal anclada en la eficiencia, la privatización y la descentralización de las políticas públicas (Collins y Lear 1995).

La distribución del menguante gasto público cambió su foco en el ámbito de la salud, junto con una nueva orientación ideológica que entendía la salud como un servicio y no un derecho. El SNS fue descentralizado en 26 servicios autónomos y la salud primaria entregada a las municipalidades (Castañeda 1990: 104). De acuerdo con Kubal (2006: 114), “la transferencia de responsabilidades administrativas a las municipalidades era vista como un paso intermedio hacia la privatización”.

A pesar de los avances sustantivos en las décadas previas, en 1974 la desnutrición aún afectaba a un 16% de la población menor de 6 años y la mortandad infantil seguía siendo alta en términos comparativos (Rojas Flores 2010: 730). En este contexto nutricional, sumado a una situación económica inestable, la contribución al pre-

supuesto familiar de los alimentos entregados en el consultorio era significativa. Según estimaciones, el PNAC representaba entre un 4% y 35% del ingreso familiar en los grupos de bajos ingresos (González, Infante y Mardones 1979).

El hecho de que la entrega universal y gratuita de leche fuese mantenida y mejorada durante el período es un resultado poco esperable y pareció responder a factores coyunturales más que a una planificación técnico-política. Entre 1982 y 1985, el Gobierno militar intentó en tres oportunidades cortar el PNAC, introduciendo recortes o reemplazando kilos de leche por arroz. Estos intentos encontraron resistencia entre los expertos, las bases e instituciones. En el último intento se produjeron grandes protestas, conocidas como las protestas “Arroz con leche”, sumadas a una presión personal y mediática de grupos de médicos expertos liderados por el Dr. Fernando Mönckeberg (Goldsmith 2017b). Tal fue el nivel de descontento que tres días después el régimen se retractó diciendo que la sustitución había sido un “error técnico” y que el arroz sería entregado además de la leche.

Debiendo mantener el programa contra su voluntad inicial, el régimen lo terminó relevando como su programa emblemático y los índices favorables de mortandad y desnutrición infantil como indicadores de su éxito. Así, se hicieron esfuerzos en el ámbito de la gestión y control, y en el desarrollo de productos, tanto con fines nutricionales como para mejorar la aceptabilidad. Respecto a lo primero, en 1975 se introdujo el Registro Mensual Consolidado, un carné con registros actualizados del peso y talla de los beneficiarios. En 1980, se implementó un sistema más sofisticado en que las madres tenían un archivo con registros de todos los servicios pediátricos que recibían (Castañeda 1990: 21).

En relación con los productos, por tratarse de leche en polvo, descremada y entregada en bolsas transparentes sin ningún rótulo, en muchos consultorios la leche tenía baja aceptabilidad. El Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), creado en los setenta por el Dr. Mönckeberg, patentó un nombre para la leche estatal, Purita, que se mantiene hasta la actualidad. Esta leche contenía un 26% de materia grasa y se distribuía en consultorios a embarazadas y niños hasta los 18 meses (Gobierno de Chile 2005: 69).

En este proceso, la leche estatal bajo la marca Purita fue mercantilizada. Se le exigió a los proveedores publicitarla y venderla en el mercado abierto como una forma de reducir costos públicos, crear una economía de escala para proveedores y también de mejorar su imagen. El Dr. Mönckeberg explica:

La Leche Purita que fue la idea genial, que el presupuesto que se tenía para comprar la leche, había que llamar a las empresas privadas, y las empresas privadas y les estábamos creando un mercado de 80 millones de dólares, de modo que se interesaron. Pero para decidir de quién se llevaba las propuestas ... al mismo tiempo tenían que ir con la misma. Leche Purita, con el mismo envase, con el mismo nombre, tenerlo puesto en los anales, anaqueles del área libre... Es decir, en otras palabras, la promoción de la Leche Purita nos la hizo la empresa lechera, porque tuvo que salir a vender esa Leche Purita en el mercado abierto. Y eso entonces la madre supo cuánto costaba, y que... la Leche Purita, la misma que consumían es la que compraba. ...Y el que más vendía de eso se llevaba la propuesta¹⁴.

De acuerdo con el Dr. Mönckeberg, esta estrategia basada en el mercado fue exitosa para lograr constancia por parte de las madres en asistir al consultorio al asignarle un prestigio a la leche, siendo los controles más que el consumo de leche los responsables del cambio demográfico. Además, las familias que no consumían la leche tenían interés en retirarla, ya que aumentó el precio al que la podían vender en el mercado negro¹⁵. Así, contra el espíritu del período, la leche Purita pasó a ser un producto de alta calidad que no estaba politizado ni estigmatizado, como ocurría con programas dirigidos a “los pobres”.

Además del PNAC, el combate a la desnutrición durante este período incluyó otras capas de institucionalidad en que la detección temprana de riesgo a la desnutrición infantil o materna activaban elegibilidad para beneficios adicionales. Estos eran el PNAC focalizado (Programa de Control del Niño con Déficit Nutricional, OFASA) que entregaba productos y suplementos adicionales; y si los beneficiarios no mostraban mejora, eran internados en centros de rehabilitación organizados en una red llamada Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), también fundada por el Dr. Mönckeberg (Foxley

¹⁴ Dr. Fernando Mönckeberg. Entrevista del 17 de noviembre de 2011.

¹⁵ Matrona y administradora (1981-2012) de consultorio salud en el sector norte de Santiago.

y Raczyński 1984: 123). En 1980, existían 27 centros en el país con capacidad para albergar 1.200 niños, siendo un programa exitoso en disminuir el riesgo de muerte de niños desnutridos de un 33% a un 3% (Raczyński y Oyarzo 1981: 64-65).

Los éxitos en macroestadísticas fueron acompañados con cambios en la vida cualitativa de los consultorios. Estos dejaron de ser un espacio integrado y permeable a la vida comunitaria. Las funcionarias eran vigiladas bajo sospecha de activismo, se terminaron las visitas domiciliarias y no se acogían abiertamente demandas ni intercambios desde la comunidad (Goldsmith 2018). En conclusión, durante el régimen autoritario el PNAC no fue interrumpido, recortado, focalizado ni municipalizado. De hecho, la calidad de las leches entregadas fue mejorada y se crearon instituciones que acompañaban y apoyaban su misión, logrando que en 1987 el PNAC cubriera un estimado de 80% de la población de madres y niños en el país (Castañeda 1990: 111). A la vez, se produjo un proceso de mercantilización de la leche estatal que, al hacer los productos más atractivos, contribuyó en la práctica a hacer recortes que podrían haber sido políticamente costosos.

Más continuidad que cambio en un nuevo contexto político y nutricional, 1990-2019

Tras el regreso de la democracia al país, los gobiernos de la coalición de centroizquierda, que gobernaron entre 1990 y 2010, no introdujeron cambios sustantivos en la lógica de provisión social. La Concertación adoptó una estrategia gradualista, aumentando el gasto, mejorando la infraestructura e introduciendo reformas en algunas áreas específicas. En su conjunto, sin embargo, se mantuvo el modelo guiado por la lógica del mercado, con gasto focalizado y donde el Estado actuó como regulador por sobre su rol directo en materia de provisión.

Durante los años de la Concertación, si bien por primera vez la cobertura del programa bajó, se mantuvo muy por sobre los programas sociales que se introdujeron durante este período¹⁶. Esto a pesar de los cambios en el estado nutricional del país, cambios en los ambientes alimentarios y una cierta desactualización gradual de los productos

¹⁶ Principalmente, programas focalizados a grupos de bajos ingresos y de transferencia condicionada.

entregados. Ya a finales de la década del ochenta existía un consenso acerca de que la desnutrición infantil por escasez no era el principal problema nutricional que enfrentaba el país y se comenzaba a vislumbrar lo que hoy en día constituye una epidemia de obesidad infantil (Uauy y Kain 2002). En este sentido, el PNAC ha persistido más allá de lo que Stinchcombe (1968: 103) denomina tanto las “causas históricas” como sus “causas constantes”¹⁷ y resulta interesante su resiliencia. Su continuidad es particularmente llamativa durante el período concertacionista, que ha sido calificado en la literatura de las ciencias sociales como fundamentalmente tecnocrático (Silva 2008) y donde se podría asumir que un programa que entrega un alimento que no responde a necesidades nutricionales actuales podría ser recortado.

Durante la década del noventa, bajo las administraciones democratacristianas de Patricio Aylwin y Eduardo Frei, no hubo cambios sustantivos en el PNAC. Las modificaciones introducidas fueron en dos áreas: gestión y composición nutricional de los productos. Respecto de lo primero, y al igual que en otras áreas de la administración pública, los sistemas de monitoreo estaban desactualizados. La Dra. Cecilia Castillo, directora del PNAC entre 1990 y 1993 recuerda:

Cuando llegué al ministerio y me entregaron el PNAC, me entregaron una carpeta. Y tú comprenderás que se entregaban, no sé, 23 mil toneladas más menos. Y entonces yo pedí ver cómo se hacía la gestión, y tú sabes que la persona que estaba antes que yo llevaba el control en un papel. Y entonces, estas hojas dobles las pegaba con scotch y eran así, pero unas sábanas infinitas, infinitas¹⁸.

Bajo la dirección de la Dra. Castillo, se introdujo un nuevo *software* y mejoras en la logística de entrega de leche. Por otra parte, se modificó la fórmula de la leche Purita (para niños entre 0 y 2 años) y leche Purita Cereal (para niños entre 2 y 6 años) para fortificarla con hierro, zinc y vitamina C. Finalmente, se introdujeron cambios en las tablas utilizadas para las evaluaciones nutricionales, cambio que dio cuenta de que la desnutrición infantil había prácticamente desaparecido. La Dra. Castillo comenta que existía resistencia política a aceptar

¹⁷ Mientras la primera se refiere a una causa que da origen a un determinado fenómeno que se sigue reproduciendo en ausencia de la causa original, la segunda se refiere a la constante presencia de una causa como factor explicativo.

¹⁸ Dra. Cecilia Castillo. Entrevista del 6 de enero de 2012.

este hecho y recuerda haber sido acusada de ser “una continuadora de la dictadura” por introducir este cambio metodológico¹⁹.

Durante la administración de Ricardo Lagos (2000-2006), se formó una comisión técnica para evaluar el PNAC que tuvo como conclusión la necesidad de introducir una focalización. En 2002, se propuso limitar la entrega de leche hasta los 4 años, medida que se filtró a la prensa y provocó rechazo político transversal e indignación por parte de la ciudadanía y algunos expertos. En palabras del entonces ministro de Salud, Osvaldo Artaza, la respuesta:

...no fue prevista por los equipos técnicos... Técnicamente parecía tan correcto ... hubo todo un recuerdo y un contacto emocional que a mí me sorprendió, con este concepto del medio litro de leche del programa de las 40 medidas de la Unidad Popular ... Lo que queda claro, y para mí me quedó claro para toda la vida, es que no basta con la evidencia científica para los cambios en las políticas públicas²⁰.

Dada la magnitud del rechazo, el presidente tuvo que salir a negar los planes de reducir el programa, declarando que “ningún niño se quedará sin su leche” (*Las Últimas Noticias*, 20 de diciembre de 2002). Entrevistado en 2013, el expresidente Lagos reflexionó sobre el desencuentro entre las decisiones técnicas y las reacciones políticas:

... yo creo que lo que hubo es que no hubo consenso en que entramos a una etapa nueva. Ese es el tema central ... pero yo diría que en el tema de la leche, básicamente, el tema fue que no hubo un consenso, en el sentido de decir, bueno, ya, mire, esto terminó y ahora comenzamos esto otro... No hay la convicción suficiente para decir cerramos esto y abrimos esto otro....²¹.

A pocos meses del incidente, Artaza fue reemplazado por Pedro García, quien también tuvo que enfrentar un “escándalo de leche” al ser abordado en un punto de prensa a las afueras del consultorio por un desabastecimiento de alimentos suplementarios. Diciendo haber aprendido de la experiencia de su antecesor, evadió dar cualquier señal que pudiese interpretarse como un anticipo de nuevos recortes y terminó respondiendo “que le pregunten a las vacas”, respuesta que si

¹⁹ Dra. Cecilia Castillo. Entrevista del 6 de enero de 2012.

²⁰ Osvaldo Artaza. Entrevista del 23 de julio de 2013.

²¹ Ricardo Lagos. Entrevista del 8 de agosto de 2013.

bien recibió críticas de parte de la industria lechera, le permitió zafar de un conflicto mayor²².

Si bien este fue el incidente con mayor mediatización, pequeños incidentes posteriores ilustran la importancia simbólica del PNAC y las resistencias –a veces contradictorias entre sí– que surgen al intentar introducir cambios. Durante el primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010), se introdujo un nuevo producto llamado Purita Mamá, orientado a mujeres embarazadas y nodrizas. Este producto tuvo poca aceptación y fue criticado por sus características organolépticas (sabor y olor). Su mal sabor fue justificado por autoridades del Ministerio de Salud como una “externalidad positiva” y una manera de evitar la así llamada “dilución intrafamiliar” (Atalah *et al.* 2008, Contreras *et al.* 2011). Además, un resultado, evaluado como positivo, según el Dr. Eduardo Atalah, fue que “ha bajado un poco la distribución. La proporción que retira dentro del sistema privado es menor”²³. Estos argumentos permiten decodificar la modificación como un mecanismo para persistir en la idea de una focalización de facto, sin cargar con las consecuencias políticas de una retracción (Goldsmith 2018). En respuesta a ello, a nivel de implementación surgieron prácticas para evitar este producto que probablemente sesgan los indicadores nacionales de lactancia desde este punto en adelante (Goldsmith 2018).

Otro incidente que ilustra tales tensiones ocurrió en 2016, cuando se lanzó un programa piloto para evaluar los beneficios de distribuir fórmulas de inicio contra la leche Purita para bebés de entre 0 y 6 meses sin lactancia materna exclusiva. Esta iniciativa generó indignación (liderada por la Dra. Castillo, ahora trabajando fuera del Ministerio de Salud) en redes sociales²⁴, llegando eventualmente a ser presentado en medios de prensa escritos. Los argumentos para el rechazo se centraron en dos puntos. Primero, existía una acusación de poca transparencia en la compra masiva de tarros de fórmulas lácteas. Segundo, grupos de crianza con apego argumentaron que los esfuerzos estatales estarían mejor puestos en pos de la lactancia (Goldsmith 2019).

²² Dr. Pedro García. Entrevista del 22 de julio de 2013.

²³ Dr. Eduardo Atalah. Entrevista del 28 de diciembre de 2011.

²⁴ En Twitter, el rechazo se reflejó en los hashtags #minsalsinnegocio y #minsalsinrelleno.

Un incidente que refleja bien las tensiones del período postautoritario sobre la capacidad de la red primaria de salud –definida como ineficiente e insuficiente o robusta– ocurrió en noviembre de 2012, cuando Chile enfrentó un brote de meningitis. En dos semanas, el 98% de la población objetivo (bebés entre 6 y 24 meses) había sido inmunizada y casi en su totalidad por el sector público. En comparación con la capacidad de respuesta de otros países dentro y fuera de la región, el caso da cuenta de que Chile mantiene al menos la columna vertebral de una red de salud pública primaria con gran capacidad estatal, sobreviviendo a casi 40 años de intentos por recortar el rol del Estado. Sin embargo, a raíz de una serie de confusiones en la entrega de información, problemas con el stock de vacunas y el desabastecimiento casi completo en la salud privada, la cobertura mediática del momento ilustró el incidente como una situación de caos absoluto. Se produjeron largas filas en los consultorios y en los programas matinales se cuestionó que ciudadanos estarían “engañando al sistema”, ya que tenían cobertura privada o vivían en comunas distintas a las del consultorio donde solicitaban la vacuna. Personal y voceros de salud explicaron una y otra vez que el servicio de vacunas era de salud pública y que no estaba ni segmentado por área ni focalizado por ingresos. De esta forma, se contrapusieron dos visiones de la red de salud primaria chilena: una de gran envergadura y eficiente y otra como un sistema deteriorado, mal manejado y sobre el cual la ciudadanía abusa y engaña. A la vez, el incidente invita a una reflexión más general, no solamente sobre el estado de la red primaria de salud, sino además sobre el rol de este en el imaginario social. Así, se observan tensiones normativas entre el modelo subsidiario, en que la salud estatal es para una minoría económicamente vulnerable, contra un modelo universal; un modelo activo y preventivo contra uno reactivo; como una historia de éxito sanitario contra un sistema desactualizado y deteriorado.

A pesar de los cambios anunciados o introducidos, el PNAC mantiene su arquitectura central. Las resistencias por parte de la ciudadanía, expertos y expertas y políticos dan cuenta de la transversalidad con que la entrega de leche es entendida como un derecho social. Sin embargo, desde el retorno a la democracia se ha evidenciado un

proceso de lenta erosión que es reflejado en la desactualización de los productos²⁵. Este proceso podría categorizarse como una de las microestrategias de retracción de servicios identificadas por Pierson (1994), específicamente el decrementalismo, que busca minimizar los costos políticos. Los resultados de estas tensiones se evidencian en los índices de cobertura que por primera vez bajan, aunque se mantienen de todas formas por sobre el 70%.

Conclusiones

Desde 1954, Chile ha cambiado de manera radical. El PNAC, sin embargo, sobrevivió cambios de gobierno, de régimen y las privatizaciones, construyendo y poblando una extensa red primaria de cuidado materno-infantil que ha recibido escasa atención por parte de la academia. La continuidad del programa ha sido promovida por una multiplicidad de agentes, tanto de derecha como de izquierda, de élites de conocimientos y basales, que han resistido intentos de retracción y focalización tanto en el régimen autoritario como en democracia. Si bien pareciese estar en un proceso de gradual erosión en términos de cobertura efectiva, desactualización de productos y funcionar bajo una lógica de roles de género inequitativa, que depende de que las mujeres asuman toda la carga del cuidado –lo que resulta insostenible a la luz de las demandas contemporáneas por mayor equidad de género–, este proceso es mitigado por su valor simbólico, alta cobertura efectiva y potencial para la incorporación de nuevas ciudadanías.

El PNAC no solamente fue diseñado desde una lógica paternalista “por los expertos” y en nombre de las madres sin la participación de estas, sino que además mantiene en su diseño elementos que inscriben esta asignación de tareas de crianza a madres, tales como vincular salud maternal con la infantil y la atención en horarios no compatibles con el trabajo remunerado. La prevalencia de un esquema de provisión estructurado en torno a supuestos maternalistas a través

²⁵ La leche Purita –que en conjunto con el producto Purita Cereal son los centrales del programa– requiere ser mezclada con aceite y azúcar para que su consumo sea apto para bebés de 0 a 6 meses. Si bien esto era una práctica común de la puericultura doméstica entre 1960 y 1980, hoy genera rechazo y las fórmulas para recién nacidos compradas en el mercado requieren solamente de hidratación con agua.

del tiempo y transversal en las áreas y programas del Estado social chileno ha resultado en un escenario en que mujeres madres y sus hijas e hijos tienen buenos indicadores de sobrevivencia. En roles no maternales, sin embargo, a las mujeres no les va tan bien, como reflejan las tasas de participación laboral más bajas de la región, altas brechas de ingresos y bajas tasas de participación en política, en empresas y en la academia (UN Women 2014). Así, la infraestructura de bienestar del Chile contemporáneo de manera simultánea vincula las responsabilidades de cuidado infantil con las madres a la vez que castiga a las mujeres trabajadoras con pensiones más bajas, programas de salud más costosos y peores salarios que sus pares masculinos. A pesar de algunos avances hacia la desfamiliarización y corresponsabilidad, son pocas las señales hacia lo que Mathieu (2016) denomina “desmaternalización del cuidado”.

Examinar el PNAC abre una ventana histórica a los vaivenes entre el énfasis en lo público y lo privado en la trayectoria de provisión social chilena, iluminando cómo al menos en el ámbito materno-infantil estos vaivenes desafían narrativas sobre los logros del modelo neoliberal. Abre también una ventana hacia los conflictos ideológicos y normativos de cada coyuntura. En julio de 2019, consultado sobre las largas filas en los consultorios, el subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Luis Castillo, aseguró que se requerían cambios tecnológicos, pero también culturales, dado que “los pacientes siempre quieren ir temprano a un consultorio, algunos de ellos, porque no solamente van a ver al médico, sino que es un elemento social, de reunión social” (*La Tercera*, 11 de julio de 2019). Este comentario recibió un rechazo transversal al considerar que banalizaba la experiencia de millones de usuarios del sistema público y las malas condiciones que debían enfrentar, y finalmente el subsecretario debió dejar su cargo. Este comentario también demuestra estar en oposición implícita con las ideas de consultorio vivo, como un centro comunitario, que se promovían durante la década del sesenta y donde la “vida social” en el consultorio era vista como un activo. Otra mirada a esta supuesta “vida social” podría capitalizar sobre el tremendo valor simbólico, y en términos de experiencia, de los programas de leche para hacer de esta instancia no solamente la entrega de un servicio, sino la vinculación entre un nuevo e importante grupo de ciudadanas y la red estatal.

En años recientes, las salas de espera están cada vez más pobladas por mujeres inmigrantes y, según cifras recientes, los inmigrantes en Chile superarían 1.2 millones de personas, representando un 6,6% de la población total (*La Tercera*, 14 de febrero de 2019). La mayoría de los inmigrantes es usuaria del sistema público, donde predominan las mujeres (55%) y, en términos etarios, personas entre 30 y 35 años (*Economía y Negocios*, 17 de junio de 2018), por lo que el consultorio y los programas de leche presentan gran potencial para la integración ciudadana, tal como ocurrió en los orígenes del PNAC.

En la coyuntura del estallido social en Chile, donde se escucha un fuerte llamado a revalorizar el balance entre lo público y lo privado, así como a desmercantilizar la vida humana y a establecer un régimen de género menos abusivo, desigual y que no se circunscriba solamente a lo binario, la red de consultorios que alberga el PNAC aparece como un espacio con potencial para que las comunidades se reapropien de lo público.

BIBLIOGRAFÍA

- Amenta, E. 1993. The State of the Art in Welfare State Research on Social Spending Efforts in Capitalist Democracies Since 1960. *American Journal of Sociology* 99(3), 750-763.
- Amenta, E. 2003. What we know about the development of social policy: Comparative and historical research in comparative and historical perspective (91-130), en D. Rueschemeyer y J. Mahoney (eds.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Arellano, J. P. 1985. *Políticas sociales y desarrollo: Chile 1924-1984*. Santiago: CIEPLAN.
- Atalah, E., Vera, G., Rosselot, G., Araya, H., Andreu, R., Alviña, M., Araya, M., Vianny, P., Peñafiel, K., Barba, C. y Pizarro, T. 2008. Desarrollo, consumo y aceptabilidad de una bebida láctea con DHA para embarazadas y nodrizas. *Revista Chilena de Nutrición* 35 (4), 433-442.
- Blofield, M. y Franzoni, J. M. 2015. Maternalism, Co-responsibility, and Social Equity: A Typology of Work-Family Policies. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 22 (1), 38-59.
- Borzutzky, S. 2002. *Vital Connections: Politics, Social Security, and Inequality in Chile*. Notre Dame University: Notre Dame Press.
- Borzutzky, S. y Weeks, G. 2010. *The Bachelet Government: Conflict and Consensus in Post-Pinochet Chile*. Gainesville: University of Florida Press.
- Castañeda, T. 1990. *Para combatir la pobreza. Política social y descentralización en Chile durante los 80*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.

- Castiglioni, R. 2005. *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment Versus Maintenance, 1973-1998*. Nueva York: Routledge.
- Castiglioni, R. 2006. Cambios y continuidad en política social: Educación, pensiones y salud (69-86), en R. Funk y P. Navia (eds.), *El gobierno de Ricardo Lagos: La nueva vía chilena al socialismo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Castiglioni, R. 2019. The Right and Work-Family Policies: The Expansion of Maternity Leave under the Piñera Administration. *Documento de Trabajo ICSO* (58).
- Collins, J. y Lear, J. 1995. *Chile's Free-Market Miracle: A Second Look*. Oakland, CA: Institute for Food and Development Policy.
- Contreras, A., Herrera, Y., Rodríguez, L., Pizarro, T. y Atalah, E. 2011. Aceptabilidad y consumo de una bebida láctea con omega-3 en embarazadas y nodrizas del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. *Revista Chilena de Nutrición* 38 (3), 313-320.
- Corvalán, L. 2003. *El gobierno de Salvador Allende*. Santiago: LOM.
- Dannreuther, C. y Gideon, J. 2008. Entitled to Health? Social Protection in Chile's Plan AUGE. *Development and Change* 39 (5), 845-864.
- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Estévez-Abe, M., Iversen, T. y Soskice, D. 2001. Social Protection and the Formation of Skills: A Reinterpretation of the Welfare State, en P. Hall y D. Soskice (eds.), *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Falleti, T. 2010. Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964-1988 (38-62), en J. Mahoney y K. Thelen (eds.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foxley, A. y Raczyński, D. 1984. Grupos vulnerables en situaciones recesivas: El caso de los niños y jóvenes en Chile. *Colección Estudios CIEPLAN* 13 (89), 107-139.
- Fraser, N. 1997. *Justice Interruptus. Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*. Nueva York: Routledge.
- Gideon, J. 2012. Engendering the Health Agenda? Reflections on the Chilean Case, 2000-2010. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 19 (3), 333-360.
- Glass, C. y Fodor, É. 2007. From Public to Private Maternalism? Gender and Welfare in Poland and Hungary after 1989. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 14 (3), 323-350.
- Gobierno de Chile. 2005. *Nutrición para el desarrollo. El modelo chileno*. Santiago: LOM.
- Goldsmith Weil, J. 2017a. Milk Makes State: The Extension and Implementation of Chile's State Milk Programs, 1901-1971. *Historia* 50 (1).
- Goldsmith Weil, J. 2017b. Using Critical Junctures to Explain Continuity: The Case of State Milk in Neoliberal Chile. *Bulletin of Latin American Research* 36 (1), 52-67.
- Goldsmith Weil, J. 2018. Facing the State Everyday: Examining the Implementation of Chile's State Milk Program 1954-2010. *Social Science History Journal* 42 (3), 469-494. DOI:10.1017/ssh.2018.20.

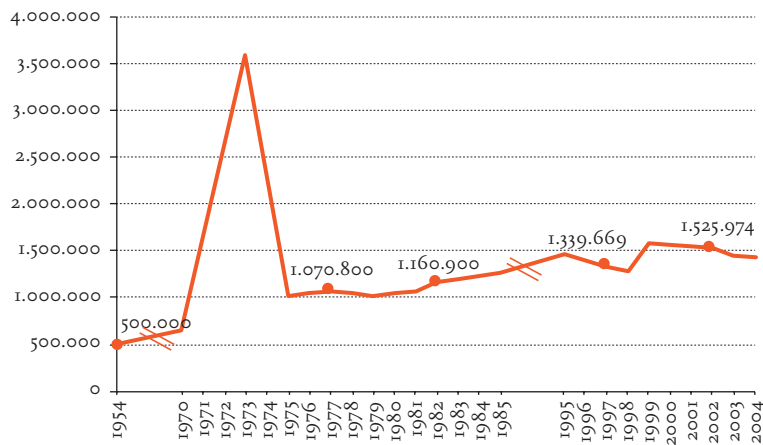
- Goldsmith Weil, J. 2019. Constructing Maternalism from Paternalism: The Case of State Milk Programs, en A. Ramm y J. Gideon (eds.), *Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America*. Londres: Palgrave Macmillan.
- González, N., Infante, A. y Mardones, F. 1980. Análisis del impacto de la atención primaria de salud sobre los indicadores de salud y nutrición, Chile 1969-78. *Revista Chilena de Pediatría* (23). Apartado Docente 164/79. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Haggard, S. y Kaufman, R. R. 2008. *Development, Democracy, and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. Princeton y Oxford: Princeton University Press.
- Hicks, A. 1999. *Social Democracy and Welfare Capitalism: A Century of Income Security Politics*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hicks, A. M. y Kenworthy, L. 2003. Varieties of Welfare Capitalism. *Socio-Economic Review* 1, 27-61.
- Hicks, A., Misra, J., y Ng, T. N. 1995. The Programmatic Emergence of the Social Security State. *American Sociological Review* 60 (3), 329-349.
- Huber, E. y Stephens, J. D. 2001. Welfare State and Productions Regimes in the Era of Retrenchment, en P. Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State*. Nueva York: Oxford University Press.
- Huber, E. y Stephens, J. D. 2012. *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Illanes, M. A. 2006. *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM.
- Iversen, T. 2001. The Dynamics of Welfare State Expansion: Trade Openness, De-industrialization, and Partisan Politics, en P. Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State*. Nueva York: Oxford University Press.
- Jelin, E. y Hersherberg, E. (eds.). 1996. *Constructing Democracy: Human Rights, Citizenship, And Society In Latin America*. Boulder, CO: Westview Press.
- Jiménez de la Jara, J. 2009. *Angelitos salvados: Un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Santiago: Uqbar Editores.
- Klein, H. S. y Vidal Luna, F. 2017. *Brazil, 1964-1985: The Military Regimes of Latin America*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kubal, M. R. 2006. Contradictions and Constraints in Chile's Health Care and Education Decentralization. *Latin American Politics and Society* 48 (4), 105-135.
- Lister, R. 2002. The responsible citizen: Creating a new British welfare contract, en C. Kingfisher (ed.), *Western Welfare Decline*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Lynch, J. 2006. *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers, and Children*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Mann, M. 1984. The Autonomous Power of the State: Its Origins, Mechanisms and Results. *Archives Européennes de Sociologie* 25 (2), 185-213.
- Marshall, T. H. 1965. Citizenship and Social Class (71-134), en *Class, Citizenship and Social Development*. Nueva York: Anchor Books.
- Martínez Franzoni, J. 2008. *Domesticar la incertidumbre en América Latina: Mercado laboral, política social y familias*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.

- Martínez Franzoni, J. y Sánchez-Ancochea, D. 2016. *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas and Architectures*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. 2012. Blacks, Whites, or Grays? Conditional Transfers and Gender Equality in Latin America. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 19 (3), 383-407.
- Mathieu, S. 2016. From the Defamilialization to the “Demotherization” of Care Work. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 23 (4), 576-591.
- Mesa-Lago, C. 2001. Structural Reform of Social Security Pensions in Latin America: Models, Characteristics, Results and Conclusions. *International Social Security Review* 54 (4), 67-92.
- Mesa-Lago, C. 2008. Social Protection in Chile: Reforms to improve equity. *International Labour Review* 147 (4), 377-402.
- Mönckeberg B., F. 2003. Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador. *Revista Chilena de Nutrición* 30, 160-176.
- Neustadt, R. 2001. *CADA día: La creación de un arte social*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.
- Niedzwiecki, S. y Pribble, J. 2017. Social Policies and Center-Right Governments in Argentina and Chile. *Latin American Politics and Society* 59 (3), 72-97.
- Orloff, A. 1993. Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States. *American Sociological Review* 58 (3), 303-328.
- Orloff, A. 1996. Gender in the Welfare State. *Annual Review of Sociology* 22, 51-78.
- Osorio Gonnet, C. 2018. *¿Aprendiendo o emulando? Cómo se difunden las políticas sociales en América Latina*. Santiago: LOM Ediciones.
- Perelmiter, L. y Macalle, L. (2019). *Élites estatales y desafíos de gestión social en la Argentina de Cambiemos. 2015-2019*. Manuscrito inédito.
- Pieper Mooney, J. E. 2009. *The Politics of Motherhood: Maternity and Women's Rights in Twentieth-Century Chile*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Pierson, P. 1994. *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Pierson, P. 2000. Three Worlds of Welfare State Research. *Comparative Political Studies* 33 (6-7), 791-821.
- Pierson, P. (ed.). 2001. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Polanyi, K. 1944. *The Great Transformation*. Nueva York y Toronto: Farrar and Rinehart.
- Pribble, J. 2006. Women and Welfare: The Politics of Coping with New Social Risks in Chile and Uruguay. *Latin American Research Review* 41 (2), 84-111.
- Pribble, J. 2011. Worlds Apart: Social Policy Regimes in Latin America. *Studies in Comparative International Development* 46 (2), 191-216.
- Pribble, J. 2013. *Welfare and Party Politics in Latin America*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Raczynski, D. y Oyarzo, C. 1981. ¿Por qué cae la tasa de mortalidad infantil en Chile? *Colección Estudios CIEPLAN* 6 (55), 45-81.

- Ramm, A. y Gideon, J. (eds.). 2019. *Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Rengifo, F. 2012. Familia y escuela. Una historia social del proceso de escolarización nacional. Chile, 1860-1930. *Historia* 45, 123-170.
- Rengifo, F. 2017. Desigualdad e inclusión: La ruta del Estado de seguridad social chileno, 1920-1970. *Hispanic American Historical Review* 97 (3), 485-521.
- Rengifo, F., Ruz, G. A. y Mascareño, Aldo. 2018. Managing the 1920s' Chilean educational crisis: A historical view combined with machine learning. *Plos One* 13 (5).
- Riesco, M. 2005. Trabajo y previsión social en el Gobierno de Lagos (43-70), en G. Salazar, *Gobierno de Lagos: balance crítico*. Santiago: LOM Ediciones.
- Ríos Núñez, S. 2006. Estrategias de sobrevivencia campesina. El caso de los centros de acopio lecheros en la región de Los Lagos, Chile. *Revista de Desarrollo Rural y Cooperativismo Agrario* 10, 25-38.
- Rojas Flores, J. 2010. *Historia de la infancia en el Chile republicano, 1810-2010*. Santiago: JUNJI.
- Sandbrook, R., Edelman, M., Heller, P. y Teichman, J. 2006. *Social Democracy in the Global Periphery: Origins, Challenges, Prospects*. Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press.
- Silva, P. 2008. *In the Name of Reason: Technocrats and Politics in Chile*. University Park: Penn State University Press.
- Staab, S. 2012. Maternalism, Male-Breadwinner Bias, and Market Reform: Historical Legacies and Current Reforms in Chilean Social Policy. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 19 (3), 299-332.
- Soifer, H. D. 2015. *State Building in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Soifer, H. D. 2016. The Development of State Capacity (181-194), en O. Fioretos, T. G. Falleti y A. Sheingate (eds.), *The Oxford Handbook of Historical Institutionalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Stinchcombe, A. L. 1968. *Constructing social theories*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Uauy, R. y Kain, J. 2002. The epidemiological transition: Need to incorporate obesity prevention into nutrition programs. *Public Health Nutrition* 5 (1A), 223-229.
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). 2014. *The World Survey on the Role of Women in Development 2014: Gender Equality and Sustainable Development*. Nueva York: UN Women.
- Waylen, G. (ed.). 2016. *Gender, Institutions, and Change in Bachelet's Chile. Studies of the Americas*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Weyland, K. (ed.). 2004. *Learning from Foreign Models in Latin American Policy Reform*. Washington D.C.: Woodrow Wilson Center Press.
- Weyland, K., Hunter, W. y Madrid, R. L. (eds.). 2010. *Leftist Governments in Latin America: Successes and Shortcomings*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Zárate Campos, M. S. 2019. To Not Die in Childbirth: Maternal Health and State Policy, 1930-1980 (97-122), en A. Ramm y J. Gideon (eds.), *Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America*. Londres: Palgrave Macmillan.

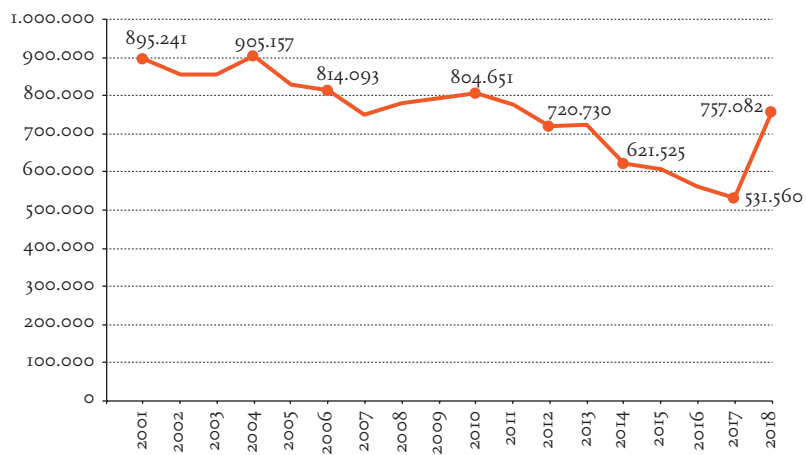
Anexo I

● GRÁFICO 1: NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RETIRAN LECHE PNAC AL AÑO. 1954-2004



Fuentes: Anuarios de Recursos y Atenciones de Salud, Ministerio de Salud, 1954-2004.
Notas: Se sumaron las beneficiarias del sistema público y privado y de los programas PNAC básico y suplementarios.

● GRÁFICO 2: NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RETIRAN LECHE PNAC EN MARZO. 2004-2018



Fuentes: Resúmenes Estadísticos Mensuales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud, 2001-2008. Disponibles en Salud <http://www.deis.cl>.
Notas: Se sumaron las beneficiarias del sistema público y privado y de los programas PNAC básico y suplementarios. Para 2009 no se encontraron datos disponibles en los Resúmenes Estadísticos Mensuales del DEIS. Se reemplazó por el promedio de beneficiarios del mes de marzo entre 2008 y 2010, dado que no hubo discontinuidad del programa en este período.
Los datos 2005-2018 no son comparables con la serie presentada en el gráfico 1, dado que cuenta personas que retiran leche dentro del mes contra beneficiarias anuales.